



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

La importancia de la valoración y su aplicación en la metodología enfermera

Autor/es

SARA ARANZABAL KORTABARRIA

Director/es

PEDRO SOMOVILLA CABEZON y ELENA ANDRADE GÓMEZ

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



La importancia de la valoración y su aplicación en la metodología enfermera,
de SARA ARANZABAL KORTABARRIA

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.

© El autor, 2020

© Universidad de La Rioja, 2020

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

TRABAJO FIN DE GRADO

**LA IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN Y SU
APLICACIÓN EN LA METODOLOGÍA
ENFERMERA**

**ASSESSMENT'S IMPORTANCE AND ITS APLICATION IN
NURSING METHODOLOGY**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

GRADO EN ENFERMERÍA

CURSO ACADÉMICO: 2019-2020

AUTOR: SARA ARANZABAL KORTABARRIA

TUTOR: PEDRO SOMOVILLA CABEZÓN

COTUTORA: DRA. ELENA ANDRADE GÓMEZ

LISTADO DE ABREVIATURAS

Tabla 1. Listado de abreviaturas

SIGNIFICADO	ABREVIATURAS
Descriptores de ciencias de salud	DeCS
Medical Subject Headings	MeSH
Proceso de atención de enfermería	PAE
Proceso enfermero	PE
Asociación Americana de Enfermeras	ANA
North American Nursing Diagnosis Association	NANDA
Diabetes mellitus	DM
No alergias medicamentosas conocidas	NAMC
Hipertensión arterial	HTA
Unidades de insulina	U. I

Fuente: elaboración propia.

ÍNDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS	1
INDICE DE TABLAS	3
INDICE DE FIGURAS.....	4
RESUMEN.....	5
PALABRAS CLAVE	5
ABSTRACT	6
KEY WORDS.....	6
1.- INTRODUCCION.....	7
1.1.- JUSTIFICACIÓN	9
1.2.- OBJETIVOS.....	10
1.3.- METODOLOGÍA DE ESTUDIO	11
2.- DESARROLLO	17
2.1.- PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA	17
2.2.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	18
2.3.- JUICIO CLÍNICO ENFERMERO	20
2.4.- VALORACIÓN ENFERMERA	21
2.4.1.- OBTENCIÓN DE DATOS	24
2.4.2.- VALIDACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS RECOGIDOS	30
3.- LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL TRABAJO.....	35
4.- CONCLUSIONES.....	36
5.- IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN	37
6.- BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	41

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Listado de abreviaturas.....	1
Tabla 2. Términos incluidos en las estrategias de búsqueda	12
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.	13
Tabla 4. Estrategias de búsqueda: Dialnet.....	14
Tabla 5. Estrategias de búsqueda: Scielo.....	15
Tabla 6. Estrategias de búsqueda: Google académico.	16
Tabla 7. Estrategias de búsqueda: Libros.....	16
Tabla 8. Aspectos recogidos en la valoración por patrones.	32
Tabla 9. Cronograma del trabajo.....	41
Tabla 10. Caso clínico.	42
Tabla 11. Caso clínico: Valoración por patrones.	43

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fases del PE	19
Figura 2. Objetivos de las fases del PE	20

RESUMEN

A través de una búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos se ha procurado buscar información sobre la fase de la valoración enfermera dentro del proceso enfermero, con el objetivo de crear un escrito que recoja los datos más significativos de esta fase tan importante.

Muchas enfermeras han luchado durante la historia a favor la independencia y la profesionalización de la enfermería y los cuidados. Finalmente, se ha conseguido que estas intervenciones enfermeras se basen en el proceso enfermero científico que logra la atención capacitada y competente.

La valoración es la primera fase del proceso enfermero que permite a la enfermería ofrecer cuidados profesionales basados en la evidencia científica. Se divide en dos partes importantes: recogida de datos y organización de datos. Se pretende con este trabajo conocer más a fondo los distintos modos de esta recolecta y estructuración de la información recaudada.

Finalmente se concluye el trabajo con un caso clínico ficticio para demostrar cómo podría ser la valoración de un paciente empleando los patrones funcionales de salud para un futuro profesional.

PALABRAS CLAVE

Valoración enfermera, Proceso enfermero, Valoración PAE, Juicio clínico, Entrevista clínica enfermería, Modelos de enfermería.

ABSTRACT

Through a bibliographic review in some databases, attempts have been made to gather for information about nursing assessment phase of the nursing process, to create a document that collects the most significant data from this important phase.

Many nurses have historically fought for independence and the professionalization of nursing and care. Finally, these nursing interventions have been based on the scientific nursing process that achieves trained and competent care.

Assessment is the first phase of the nursing process that allows nursing to offer professional care based on scientific evidence. It is divided into two important parts: data collection and data organization. The aim of this work is to learn more about the different ways of collecting and structuring that collected information.

Finally, the work is concluded with a fictitious clinical case to demonstrate how can a patient's assessment be using Gordon's functional health patterns for the professional future.

KEY WORDS

Nursing assessment, Nursing Process, assessing phase, Clinical judgment, Nursing clinical interview, Nursing theory.

1.- INTRODUCCION

La enfermería ha sido y es una profesión en pleno desarrollo, que para su profesionalización y su disciplina se ha apoyado y respaldado en teorías científicas que fundamentan su quehacer. El camino recorrido hasta llegar a la situación actual, es decir, a lo que la enfermería significa ahora mismo, ha sido muy largo. Comenzó siendo una prestación de servicios que ofrecían las mujeres viudas sustentados en la religión. El cuidado de personas tenía característica de oficio, más que de profesión (1). Han existido muchas enfermeras que han luchado contra todo pronóstico durante la historia para que la enfermería dejase de considerarse simplemente una ocupación a cargo de la medicina y se convirtiese en una profesión autónoma y con base científica.

La mujer que inició este movimiento de profesionalización de los cuidados fue Florence Nightingale en plena lucha feminista. Reforzada por su deseo de independencia, se enfrentó a su familia y a los convencionalismos de la época. En 1850 inició los estudios de enfermería y desde entonces no cedió su lucha hasta que en 1860 fundó una escuela para enfermeras donde se marca el inicio de la formación profesional de la enfermería (2). Además de participar en el desarrollo de la profesión enfermera como tal, aportó la visión de la falta de un marco teórico o teoría enfermera para dirigir cada una de las acciones. Peleó también para demostrar la validez científica que tenían los cuidados enfermeros. El pensamiento inculcado por ella sigue siendo existente y sigue vigente hoy en día, por lo que demuestra el impacto de su definición de los cuidados, de la enfermedad y de la profesión enfermera.

Por otra parte, Virginia Henderson también fue una de las enfermeras que más luchó a favor de la independencia y profesionalización de la enfermera, con objeto de simbolizar su función. En 1940 pudo probar sus ideas en la práctica real, desarrollándose el único estudio avanzado en la enfermería médico-quirúrgica, un curso que hablaba del cuidado individualizado y organizado del paciente. Según Henderson la enfermera es y debería ser legalmente autosuficiente y competente de realizar juicios libres y autónomos mientras no establezca diagnósticos, prescriba tratamientos o informe sobre predicciones de salud, pues esas son las funciones de un médico. No obstante, también menciona que la enfermera es la que dominará y mantendrá el mando en los cuidados esenciales de la enfermería (3). Henderson siempre luchó no solo por la enfermería, sino también por la autonomía de los pacientes a los que trataba. Siempre quiso dejar en claro el objetivo de la enfermería que era el de definir la función de la enfermera tal como se entiende hoy en día. Asimismo, sigue siendo una de las enfermeras más trascendentales por su teoría de las 14 necesidades que sigue siendo uno de los modelos más empleados actualmente.

La enfermería ha buscado ser y resulta ser el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, y para esto, ha necesitado fundamentarse en un extenso marco teórico llamado el proceso de enfermería. Este marco teórico trata de asegurar la calidad de los cuidados proporcionados actuando de base para un control operativo y sistematizado (4). Este proceso posibilita crear planes de cuidados individualizados, específicos y clínicos

basados en las necesidades singulares de cada paciente enfocadas hacia su enfermedad, pero también hacia su persona.

Como consecuencia de innumerables estudios y el interés por el desarrollo del conocimiento y la investigación, el crecimiento de la enfermería ha sido innegable. A consecuencia de esto, se han desarrollado los modelos conceptuales y teorías de enfermería que definen la disciplina y la profesionalización, que a su vez han desarrollado y explicado su razón de ser (5). Estos modelos enfermeros aportan a la enfermería diferentes maneras de poder trabajar, orientar y llevar a cabo la práctica clínica. Examinan, describen y establecen las conformidades del proceso enfermero.

El significado de la palabra profesión es la acción de profesar, es decir, el compromiso con principios y teorías científicas a las cuales se profesa. Estas teorías sirven de guía y sustento teórico en la metodología enfermera y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona unos criterios para dirigir la valoración, organización y análisis de datos, la elaboración de diagnósticos, y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería (4). Según Marriner (5), en la actualidad existen veinticinco modelos conceptuales o grandes teorías, y dada la complejidad y la variación de diferentes escuelas que han influenciado a estos autores, es prácticamente imposible que se pueda plantear un único modelo conceptual. Es por ello por lo que, se da la variabilidad de diferentes usos teóricos en cada país, hospital o incluso en cada enfermera. Indistintamente del modelo que elija cada enfermera llevar a cabo para atender al paciente, estará basado en una teoría científica la cual respalda las intervenciones realizadas como actos profesionales y científicos.

Este proceso de atención de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo (4). La fase de valoración es la primera en el PAE y es la base por la que se parte a planificar y llevar a cabo los cuidados individualizados que sean necesarios para cada persona.

1.1.- JUSTIFICACIÓN

Una de las cualidades más importantes a tratar en el campo de estudio de la enfermería es la causa metodológica en cuanto a la influencia en la intervención del personal sanitario.

La manera de trabajar y las teorías en las que se han centrado las enfermeras durante la historia han sido varias. Lo cierto es que hay incontables teorías enfermeras en las que sustentar el trabajo y las acciones de enfermería. En cambio, todas tienen algo en común, y es que, en cada teoría, lo fundamental antes de intervenir y brindar cuidados, es valorar el estado de paciente para conocer sus necesidades/carencias y actuar en base a ellas, siguiendo la metodología enfermera vigente hoy en día; el proceso de atención de enfermería.

Resulta determinante la adecuada valoración de las carencias biopsicosociales en un buen plan de cuidados individualizado de cada paciente. Una incorrecta valoración que no tuviese en cuenta a la persona en su totalidad derivaría en diagnósticos incorrectos, y, por lo tanto, también, en algún déficit o exceso de intervenciones enfermeras realizadas.

1.2.- OBJETIVOS

Se ha planteado un objetivo general en este Trabajo Fin de Grado. Además, con el fin de concretar y llevar a cabo su consecución se han establecido cuatro objetivos específicos.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la importancia de la valoración enfermera en el ámbito profesional hoy en día.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Indagar en la historia de la enfermería para entender su evolución y en lo que se ha convertido.
- Entender el uso que hacen las enfermeras de esta etapa del PAE.
- Buscar las herramientas para una buena valoración holística e integral.
- Ofrecer un ejemplo de valoración integral.

1.3.- METODOLOGÍA DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO

La condición de este Trabajo de Fin de Grado es la de una **revisión sistemática**. Partiendo de los objetivos planteados al principio se ha pretendido determinar, evaluar críticamente y recopilar información procedente de artículos o libros científicos de calidad para presentar el desarrollo del trabajo basado en información sólida y determinada. El objetivo final de este trabajo es intentar crear un documento basado en la evidencia científica que resuma y responda a la pregunta de investigación compuesto de estudios y literatura para progresar en el conocimiento del tema tratado.

En el **anexo 1** se encuentra el cronograma del trabajo (tabla 9).

PREGUNTA DE ESTUDIO

La pregunta a la que este trabajo pretende contestar es la de: ¿Qué uso se hace de la valoración en la metodología enfermera?

De esta pregunta general que responde al objetivo del trabajo, nacen otras muchas como, ¿Qué es la valoración?, ¿Cuál es el origen de la valoración?, ¿Cómo es una valoración integral?, ¿Cuáles son las herramientas para realizar una buena valoración? Se ha tratado de responder a cada una de ellas en cada apartado del trabajo.

TÉRMINOS DE BUSQUEDA

Lo primordial para realizar una revisión bibliográfica es determinar cuáles van a ser los términos de búsqueda que se utilizaran en relación con los objetivos destacados. Estos han sido: **Valoración enfermera, Proceso enfermero, Juicio clínico, Entrevista clínica enfermería, Modelos de enfermería**. Estos términos y algunos añadidos surgidos en el proceso de elaboración de la búsqueda se han conjugado hasta lograr la información de artículos necesaria.

Aunque es recomendable traducir las palabras clave a un lenguaje científico y generalizado (términos DeCS y términos MeSH) para bases de datos, en este trabajo esto no ha sido posible porque algunos de los términos más importantes para esta búsqueda no existen de esta manera. Por lo tanto, la búsqueda se ha basado en la búsqueda de términos libres y/o conjugaciones entre estos, además de alguna conjugación con términos DeCS.

Tabla 2. Términos incluidos en las estrategias de búsqueda

TERMINOS LIBRES	TÉRMINOS DeCS	TÉRMINOS MeSH
Valoración enfermera	-	-
Proceso enfermero	Proceso de Enfermería	Nursing Process
Juicio clínico	-	-
Entrevista clínica	-	-
Modelos de enfermería	Modelos de Enfermería	Models, Nursing
Enfermería	Enfermería	Nursing
Plan de cuidados	-	-

Fuente: elaboración propia.

BOOLEANOS Y TRUNCAMIENTOS

Una vez determinados los términos a incluir en las búsquedas bibliográficas, se constituyeron relaciones deductivas entre estos términos aplicando operadores booleanos **AND** y **OR**.

En cambio, no se ha precisado utilizar truncamientos que sirven para acotar la misma búsqueda con posibilidad de incluir los mismos términos en plural o variantes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN

Se han empleado algunos criterios de exclusión e inclusión que han servido como filtro para limitar y facilitar el proceso de búsqueda de artículos.

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXLCLUSIÓN
Texto completo.	Acceso de pago.
Divulgado en español, inglés o portugués.	Textos incompletos.
Materias de ciencias de salud.	Documentos irrelevantes al tema tratado.
Submateria de enfermería y/o generalidades de ciencias de salud.	

Fuente: elaboración propia.

No se ha utilizado el filtro de rango de años, pues para entender la fase de valoración se ha necesitado indagar un poco sobre la historia del PAE, y algunos artículos que trataban sobre la historia del PE y valoración eran bastante antiguos.

ELECCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE BUSQUEDA

Las bases de datos que se han analizado para encontrar información sobre la pregunta de estudio han sido: Scielo, Dialnet y Google académico.

La elección de estas bases de datos ha surgido desde las primeras búsquedas realizadas al comenzar el trabajo. Para este trabajo de fin de grado se buscaba información teórica sobre la valoración enfermera. Las búsquedas realizadas en otras bases de datos no resultaron eficaces pues trataban sobre investigaciones y estudios basados en la valoración de enfermería en patologías exactas.

En cambio, en las bases de datos utilizadas para recaudar información teórica sobre esta fase tan importante de la valoración, las búsquedas han dado su fruto y se han encontrado artículos y libros que trataban sobre el tema en cuestión.

ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA

La búsqueda principal se ha realizado en **Dialnet**, la base de datos habilitada por la Universidad de La Rioja. Se ha querido centrar la búsqueda y el trabajo máximamente y en medida de lo posible en una misma base de datos para utilizar los mismos criterios de búsqueda y con la misma fuente de origen. No se ha podido completar el trabajo solamente con artículos de esta base de datos, por lo que se ha apoyado con algunas búsquedas puntuales en **Scielo** y **Google académico**.

Tabla 4. Estrategias de búsqueda: Dialnet.

TÉRMINOS	ARTICULOS DISPONIBLES	ARTICULOS SELECCIONADOS	ARTICULOS CITADOS
(Valoración enfermera)	179	14	4
(Proceso de enfermería)	1284	15	3
(Modelos de enfermería)	603	10	2
(Valoración enfermera) AND (Proceso de enfermería)	109	5	2
(Entrevista clínica)	94	4	2
(Modelos de enfermería) AND (Valoración enfermera)	24	1	0
(Comunicación)	432	11	2
(Nightingale)	23	2	1
(Henderson)	61	2	1
TOTAL	17		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Estrategias de búsqueda: Scielo.

TÉRMINOS	ARTICULOS DISPONIBLES	ARTICULOS SELECCIONADOS	ARTICULOS CITADOS
(Valoración enfermera)	44	0	0
(Proceso de enfermería)	3.213	3	0
(Modelos de enfermería)	351	2	0
(Valoración enfermera) AND (Proceso de enfermería)	13	2	0
(Entrevista clínica)	151	1	1
(Modelos de enfermería) AND (Valoración enfermera)	24	1	0
(Nefropatía diabética) AND (enfermería)	7	1	1
TOTAL	2		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Estrategias de búsqueda: Google académico.

TÉRMINOS	ARTICULOS DISPONIBLES	ARTICULOS SELECCIONADOS	ARTICULOS CITADOS
(Modelos de enfermería)	43.100	5	1
(Entrevista clínica)	20.100	15	1
(Comunicación) AND (Escucha activa)	109.000	3	1
TOTAL	3		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Estrategias de búsqueda: Libros.

TÉRMINOS	LIBROS DISPONIBLES	LIBROS SELECCIONADOS	LIBROS CITADOS
GOOGLE ACADÉMICO			
(Metodología enfermera)	18.000	2	1
TOTAL	1		

Fuente: elaboración propia.

Tras realizar dichas búsquedas, se ha procedido a inspeccionar meticulosamente los resúmenes, resultados y bibliografía de los artículos encontrados, seleccionando los que cumplían con los criterios planteados y excluyendo aquellos que no daban con el perfil del artículo buscado.

Se han descartado artículos que tratan sobre enfermedades específicas, ya que se buscaba información generalizada sobre la valoración enfermera. Se seleccionaron y finalmente se han citado aquellos artículos que han podido ayudar a desarrollar los objetivos señalados.

Para concluir con un caso clínico de valoración por patrones se ha utilizado la página web de “nnnconsult.com”. Las referencias bibliográficas se han citado en el trabajo con el formato Vancouver con ayuda del gestor bibliográfico Mendeley.

VALORACIÓN METODOLÓGICA

No ha resultado ser una metodología fácil para seguir pues muchas de las búsquedas han derivado en selecciones nulas de artículos. El fruto de los artículos que realmente trataban sobre la fase de la valoración en el proceso enfermero ha sido realmente escaso, pues la mayoría trataban sobre la valoración de la enfermera en casos específicos de patologías y casos clínicos puntuales.

Finalmente se han seleccionado veintidós artículos y un libro para llevar a cabo el trabajo y responder eficazmente a la pregunta de estudio y los objetivos planteados al principio.

Asimismo, se ha procurado realizar una selección de artículos con la mayor evidencia y calidad posibles. Se han tenido en cuenta indicadores como la fuente de la información de los artículos seleccionados, la bibliografía documentada, la coherencia y exhaustividad del texto, la relación directa del resumen y los resultados de los estudios, la contrastación de los artículos entre sí para la comprobación de datos fiables, etc.

2.- DESARROLLO

2.1.- PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

La herencia histórica ha dejado huella y forma parte en la cultura de la enfermería y de los cuidados (2). Debido a que los cuidados están presentes desde el mismo principio de la historia de la humanidad, la enfermería, responsable de los cuidados, ha cargado con estereotipos desde sus inicios, como pueden ser el estereotipo de hombre médico y mujer enfermera subordinada.

Se ha buscado llegar a profesionalizar los cuidados ofrecidos desde tiempos incontables. Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería moderna, es la principal responsable de esta profesionalización enfermera. Procuró dar una identidad propia a la enfermera ofreciendo una formación profesional en la escuela de enfermería que formó con una base científica y atribuyéndole un cuerpo teórico propio a la enfermería (2). Contra todo pronóstico, una mujer perteneciente a la primera clase luchó durante años junto con el feminismo por dar visibilidad a la importancia de los cuidados, a la metodología empleada y, en definitiva, a la enfermería profesional.

En esta transformación colaboraron muchas enfermeras y se sigue colaborando para las mejores prestaciones de la enfermera y de los cuidados administrados. Numerosas contribuciones consiguieron que en el siglo XIX se empezase a observar el fruto de estas. La profesionalización de este sector se comienza cuando el trabajo que se realiza

está basado en la ciencia. Por lo tanto, lo que se necesitó para profesionalizar el trabajo enfermero es que los servicios fuesen proporcionados por personas formadas y fueran sustentados en bases fiables.

La lucha ha sido incesante durante años para que esta profesión sanitaria haya llegado a tener todas las cualidades para ser una profesión autónoma con justificación científica y terminar con la invisibilidad que sobrellevaba desde años atrás. Hoy en día existen una metodología implantada e incontables teorías de enfermería en las que basar su trabajo, es por eso por lo que durante los últimos años se han hecho tantos avances en esta sección sanitaria. Actualmente la enfermería se determina y se conoce por facilitar cuidados con conocimientos y técnicas profesionales. Como herramienta final para el desarrollo profesional de la enfermería se creó el método del proceso que justifica los hechos de la enfermería.

2.2.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El principal propósito de la enfermería siempre ha sido buscar la autonomía de la profesión basada en teorías científicas, es decir, el abordaje de los problemas de enfermería de forma metódica y con fundamento científico, que se ha conseguido a través del uso del PE. El PE es el método sistemático y organizado, conocido y empleado por las enfermeras, para administrar y ofrecer sus cuidados individualizados y de forma ordenada para cada paciente (6). Es el instrumento del cuidado del que hacen uso las enfermeras, una guía teórica aplicada al proceso del cuidado, que es la asociación de técnicas racionales, activas y metódicas (7). Exige un pensamiento crítico continuo durante todo el proceso para promover unos cuidados con las mejores evidencias, que es una manera de razonamiento científico.

Este método se enfoca en identificar y tratar las respuestas de los pacientes a sus propios cambios reales o potenciales en la salud. Es una herramienta metodológica que facilita el trabajo a los profesionales de los cuidados para aplicar las resoluciones científicas basadas y sustentadas en una visión holística de las personas (6).

Esta metodología de asistencia es dinámica, aunque los pasos se apliquen de la misma manera en todos los pacientes, pues la planificación, las intervenciones y los resultados conseguidos nunca serán los mismos en ellos. Cada caso se ha de valorar individual y específicamente para cada problema evidenciado. Es importante emplear el uso del pensamiento y la capacidad crítica como profesional para una toma de decisiones que derive en una atención impecable, segura y cualificada.

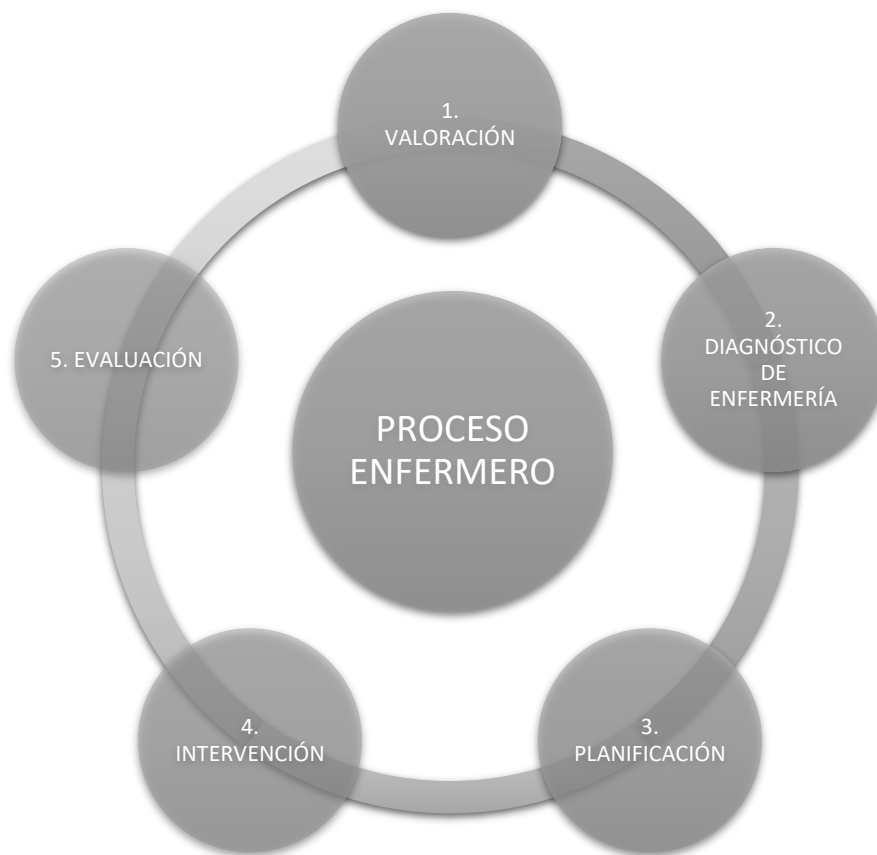


Figura 1. Fases del PE

Fuente: elaboración propia

El PAE figura con cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Emplear esta teoría sirve para la toma de decisiones en la práctica y posibilita estructurar y comprender lo que ocurre acerca de los cuidados. Además, facilita el juicio clínico y la reflexión filosófica que se exige a la hora de planificar dichos cuidados, decidir cuáles serán las intervenciones de enfermería, anteponerse y definir las soluciones y el resultado de los cuidados ofrecidos al paciente y valorar el grado de eficacia de estos. En definitiva, desarrolla la identidad y el propósito de la práctica profesional enfermera (6).

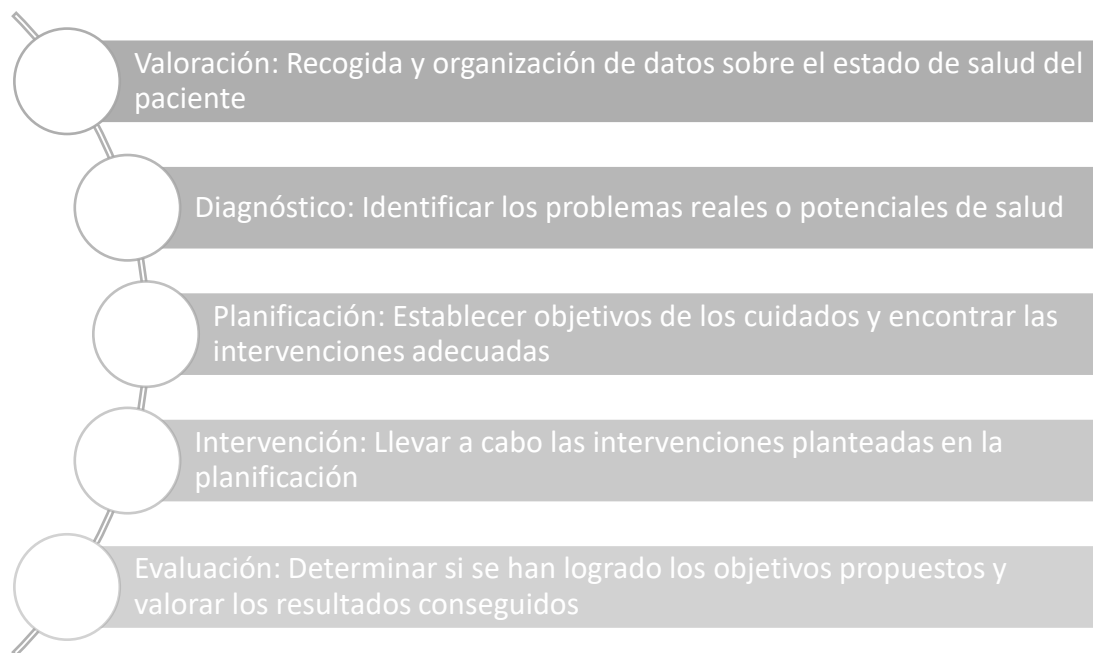


Figura 2. Objetivos de las fases del PE

Fuente: elaboración propia

Todas las fases del PAE están relacionadas entre sí, porque una valoración integral dará pie a un listado exacto de diagnósticos enfermeros, así como la planificación de los cuidados permitirá unas intervenciones y ejecuciones que serán evaluadas constantemente durante todo este proceso (8). Sin la correcta aplicación del razonamiento crítico y clínico de cada fase, las consiguientes no se aplicarían basadas en la evidencia científica que se pretende con este proceso. Todas son interdependientes.

2.3.- JUICIO CLÍNICO ENFERMERO

El juicio clínico diagnóstico en la enfermería recoge la fase de la valoración y diagnóstico en el proceso enfermero, las fases donde la profesional de los cuidados ha de emplear su pensamiento crítico para valorar y establecer los problemas de salud reales o potenciales que sufre el paciente. Según Rubio (9), el proceso circular enfermero de cinco fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) pueden agruparse en dos, que serían el juicio diagnóstico (valoración y diagnóstico) y el juicio terapéutico (planificación, ejecución y evaluación). La enfermera, consciente o inconscientemente, crea juicios clínicos y valora la salud del paciente cuando capta datos y recoge información sobre el paciente en cada contacto que tiene con él, no solo en la fase implantada como la valoración. En el momento en el que la enfermera toma la tensión arterial del paciente, observa la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, o simplemente capta el entorno o ambiente, compara lo percibido (datos obtenidos) con lo mentalmente aprendido o establecido como saludable o habitual (datos esperados) y crea un juicio clínico.

A la hora de elaborar un juicio clínico diagnóstico, surge una diferencia entre el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico. El diagnóstico médico se centra en identificar las patologías que sufren los pacientes, haciendo uso de técnicas de exploración y pruebas complementarias. En cambio, la enfermería, además de colaborar con el médico en la identificación de la patología, tiene un campo de competencias propio cuyo objetivo es valorar e identificar las respuestas humanas de los pacientes a los problemas de salud que tenga. Así, la enfermera debe formular unos diagnósticos enfermeros y clínicos, tanto de forma autónoma como de forma interdependiente con la medicina (9). En este caso se demuestra que la enfermera es autosuficiente para diagnosticar cierto problema de salud y solucionarlo independientemente basándose en evidencias científicas, indistintamente del trabajo que realiza colaborando con el médico.

2.4.- VALORACIÓN ENFERMERA

Valorar es el proceso de descubrir algo que no se sabe anteriormente. Por ello, el primer quehacer como profesionales del cuidado es conocer y descubrir al paciente y valorar su situación a la vez que sus necesidades. Debemos valorar todos los campos que sean relevantes en cuanto a su salud integral, es decir, biopsicosocial. La valoración, siendo la primera fase del proceso enfermero, es conocida por su importancia, dado que se trata de un proceso planificado y sistemático que establece la recogida de datos sobre el estado integral de la salud del paciente, con el fin de llegar a diagnósticos enfermeros individualizados y a una planificación de cuidados e intervenciones, siendo esta la primordial aspiración. Es la etapa en la cual reside el curso que van a tomar los cuidados enfermeros. Para entender su importancia hay que entender lo que es la valoración, qué valorará la enfermera y cómo lo valorará (10). Por lo tanto, la valoración es, en definitiva, la obtención e interpretación de datos. Lo que valorará la enfermera son los datos que recibirá en contacto con el paciente o por otros medios, y lo valorará utilizando un pensamiento crítico y basando la valoración en un modelo enfermero que facilitará la recogida de los datos.

Se convertirán en información los datos que se hayan recogido, y a partir del análisis de esta información se identificarán las necesidades y los problemas de salud. Puesto que el principal objetivo de la enfermería es garantizar la calidad de los cuidados, valorará primero la efectividad de los autocuidados o los cuidados ofrecidos por la familia y/o el entorno. Cuando identifique algún déficit de cuidados realizará una valoración con intención de formular un juicio clínico de cuidados e intervenciones profesionales y consiguientemente, la formulación de diagnósticos enfermeros. Este proceso se realiza a través del razonamiento clínico (11).

La valoración de enfermería tiene 3 objetivos primordiales en el proceso enfermero (8):

1. Detectar, prevenir y gestionar los problemas.
2. Promover el funcionamiento óptimo, la independencia y el bienestar.
3. Determinar los resultados individualizados de cada persona.

Para cumplir estos tres objetivos en la valoración es necesario proceder con cierta sistemática, en la que hay dos pilares fundamentales:

1. El método de recogida de datos, que denominamos examen clínico
2. El patrón de organización de la información, que, en este caso, serían los patrones funcionales de salud.

Como complemento de estos dos pilares hay que considerar un tercer elemento imprescindible:

3. La validación de los datos.

Por último, un elemento común a todas las fases y que es imprescindible iniciar en la etapa de valoración:

4. El registro de los datos.

Este último paso es importante de cumplir, pues si los datos que se obtienen no se registran, el trabajo de enfermería llega a ser puntual y momentáneo. Esto no serviría para una continuidad de los cuidados a la que se pretende llegar y que es tan beneficioso para el paciente tanto como para la enfermera. Si a un determinado paciente se le interviene de una cierta manera que resulta ser efectiva, es interesante registrarlo para que a la próxima vez que pueda acudir esta intervención sirva como guía para sus necesidades.

Por una parte, debemos conocer al paciente y saber cuál es su estatus y rol en la sociedad. Por otra parte, debemos saber que los profesionales sanitarios atendemos a personas con patologías agudas o crónicas o con problemas de salud derivados de alguna dificultad, por lo que el paciente junto a su familia es el que dispone de toda la información (10). Por lo tanto, el paciente y la familia son la primera fuente de conocimientos, no solo por lo que cuentan sino también por lo que la enfermera percibirá en la comunicación verbal y no verbal con ellos.

La fase de valoración en el PAE busca definir el estado de salud del usuario y poder determinar un plan de cuidados individualizado para cada paciente. Puede definirse como la revisión de una circunstancia con la intención de emitir diagnósticos enfermeros sobre los problemas del paciente. Esta fase en el proceso científico de atención de enfermería requiere un marco conceptual o teoría que defina la manera de organizar los datos recogidos. El modelo que utilicemos establecerá los criterios de recogida de datos para poder establecer las intervenciones a realizar como enfermeras (10).

La valoración en el proceso enfermero trata de recoger y valorar datos objetivos o subjetivos entregados por el paciente, su familia o su historia clínica. Esta información se verifica con el usuario u otras fuentes. Las circunstancias o referencias percibidas nunca se utilizarán para crear deducciones o juicios. Se realiza la organización y análisis de la información recibida para después plantear unos diagnósticos de enfermería como resultado, y así, después planificar los cuidados o el plan de cuidados idóneo que el paciente requiera (8). Es evidente que para una correcta valoración

enfermera es esencial tener conocimientos sobre muchos aspectos y disciplinas, como son:

- Anatomía.
- Fisiología.
- Química.
- Nutrición.
- Microbiología.
- Psicología.
- Sociología.

Se debe valorar el estado fisiológico y psicológico completo del paciente (12). Es por ello por lo que, la enfermería es una profesión sanitaria que debe tener conocimientos varios y suficientes sobre muchos aspectos que tengan que ver con la salud, pues su trabajo es cuidar de todos estos aspectos para lograr el estado óptimo de salud del paciente. Se tratará de cubrir cada necesidad del paciente con los conocimientos que posee la enfermera y en caso de necesitar una atención focalizada en algún aspecto, se procederá a realizar una interconsulta con el profesional indicado para que el paciente sea tratado.

Por ejemplo, la enfermera sabe dar ciertas pautas sobre algún problema de alimentación del paciente, aconsejar sobre deshacerse de algunos hábitos alimenticios o animar sobre beneficiarse de otros, pero, en el caso de detectar una desnutrición severa en la valoración, realizaría una interconsulta con un nutricionista para tratar este problema específico.

Por otra parte, Ruymán (13), destaca dos tipos de valoración en enfermería:

1. Valoración completa: este tipo de valoración se emplea en un primer contacto con el paciente, al inicio de los cuidados, para realizar un estudio completo de la situación.

Se valorarán todos los aspectos de la vida del paciente que influyan de alguna manera en su estado de salud físico, psíquico y social.

2. Valoración focalizada: resulta útil en casos concretos de problemas específicos de salud que requieran de una atención más rápida.

Cuando la enfermera detecte los problemas reales o potenciales de salud del paciente, podrá centrarse en valorar y tratar específicamente dicho problema. Es entonces cuando la atención clínica se centrará en ayudar a mejorar el estado de salud individual y/o puntual de cada paciente. Será el profesional sanitario el que decida de qué manera valorar el estado de un paciente.

En definitiva, lo que se entiende por valoración enfermera es la obtención de datos deliberada y sistemática de información para determinar y conocer cuál es el estado de salud y nivel de autocuidados de alguien. Se clasifica en dos pasos:

1. Obtención de información.
 - a. Fuentes primarias (el paciente).
 - b. Fuentes secundarias (familiares, otros profesionales de salud o historia clínica).
2. Interpretación y validación de datos para garantizar una base de conocimientos completa.

2.4.1.- OBTENCIÓN DE DATOS

El examen clínico es el método sistemático que posibilita la obtención de datos, y que es empleado para la valoración integral que consta de la entrevista clínica, exploración física y las exploraciones complementarias (que normalmente no se darán en enfermería, excepto entre especialistas). Se iniciará siempre con una valoración global de todos los aspectos relevantes del paciente (8).

Para poder valorar a un paciente, lo primero y fundamental es obtener datos e información que sirva para poder conocer sus problemas reales o potenciales de salud. Como bien se sabe, los diagnósticos enfermeros se basan en hechos objetivos, no en suposiciones o juicios subjetivos, por lo que se necesita información real y contrastada para poder llegar a obtener un juicio clínico correcto.

De la precisión de esta obtención de datos y valoración correcta dependerá la acertada y buena aplicación de cuidados enfermeros al paciente en sus problemas de salud. Se exige un método sistemático para la obtención de datos, que es el examen clínico. “La recogida debe ser sistemática, precisa, completa, relevante y centrada en un propósito.” (8).

Las fases de la recogida de datos (13) en la valoración son las siguientes:

1. Obtención de la información: A través del paciente, familia o historial clínico. Los datos en esta fase podrán ser subjetivos (sentimientos del paciente) u objetivos y constatables. Se utilizará la entrevista clínica y la observación para valorar el estado de salud general, de ahí la importancia de una buena comunicación y exploración física en esta fase.
2. Validación y contrastación. Comprobación de los datos. Deben verificarse con el entrevistado. Si se encuentran algunos desajustes será necesario aclararlos (14). Cualquier dato que no concuerde con la información recogida se aclarará con el entrevistado, con la familia, historia clínica, etc.
3. Organización de la información.

La organización de datos se hará mediante un modelo enfermero. Los problemas de salud percibidos por la enfermera podrán organizarse, por ejemplo, basándose en las 14 necesidades básicas descritas por Henderson, los once patrones funcionales de salud descritas por Gordon, la teoría del autocuidado, etc.

Esta fase de la recogida de datos ayudara a identificar los problemas de salud, es decir, a establecer los diagnósticos de enfermería, que serán obtenidos de diferentes maneras como pueden ser: entrevista clínica, historial clínico y exploración física.

OBTENCIÓN DE DATOS MEDIANTE ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es una de las técnicas más utilizadas para la recogida de datos en la fase de valorar a un paciente. La enfermera interviene así con el objetivo de conocer y detectar los problemas del paciente. Es una de las formas que tiene la enfermería de crear un vínculo con el paciente en el primer encuentro que se lleva a cabo. Esta técnica clínica servirá a la enfermería para adquirir información necesaria y relevante para dar con los diagnósticos exactos y la planificación de cuidados correcta. Además, la entrevista dará opción a ofrecer cuidados de forma integral y de manera que el paciente colabore en la identificación de sus problemas de salud.

Se tratará de realizar la recogida de datos relacionada con la salud del paciente y/o familia que se realiza mediante un dialogo. Para llevar a cabo una entrevista clínica se necesita mucha habilidad y destreza social y de comunicación además de los conocimientos técnicos y teóricos sobre esta técnica (15). La finalidad de este procedimiento es conseguir información fiable para planear los cuidados, atender en persona al paciente o familia y conocer personalmente al paciente al que se atenderá.

Aunque la intención es crear un vínculo con el paciente para conocer su estado de salud y atenderlo, Pascual e Induráin (16) aseguran que en las entrevistas clínicas realizadas normalmente no se detectan ni la mitad de problemas biopsicosociales. Además, añaden que, si fuera bien utilizada, la entrevista diagnosticaría el 75% de las ocasiones con certeza. Algunos de los consejos que agregan son los siguientes:

- Ser conscientes de que siempre se puede mejorar la manera de entrevistar, eso deja sitio a nuevas incorporaciones de técnicas útiles.
- Aprender a escuchar y fomentar la conexión emocional con el paciente para crear un sentimiento de confianza, sin llegar al punto de desbordarse emocionalmente.
- Negociar las decisiones con el paciente, hacerle sentir parte de su proceso facilitando toda la información y capacidad de decisión propia.
- Evitar imponer el criterio sanitario propio sobre el suyo.

En una entrevista clínica será necesario tratar tres factores, que son; los factores ambientales, la comunicación y las técnicas de entrevista (8).

FACTORES AMBIENTALES

Lo primero y primordial será encontrar la comodidad del paciente, se buscará un entorno donde se encuentre cómodo y relajado para llevar a cabo la entrevista. Hay algunos factores a llevar a cabo que son recomendados (8):

- En cuanto a las posturas, el entrevistado puede encontrarse tumbado o sentado en la silla, pero es importante que la enfermera evite encontrarse de pie o en una postura que muestre algún tipo de superioridad hacia él.
- Se cuidarán la temperatura e iluminación de la sala durante la entrevista.
- Se tratará de asegurar la intimidad del paciente durante ésta, evitando interrupciones para que se sienta seguro y facilite datos fiables.
- Se procurará buscar el momento adecuado para el paciente, un momento relajado en el que se disponga de tiempo suficiente.

COMUNICACIÓN

Las habilidades y las técnicas de comunicación son herramientas primordiales de las que hace uso el personal sanitario encargado de los cuidados (17). Como en todas las relaciones, es importante establecer un vínculo de confianza con la persona que se entrevista, pues es una necesidad primordial en cualquier medio, más aún en una profesión donde la persona atendida deposita su confianza plena y pone en manos de un profesional su vida y su salud. Para conseguir una buena interacción entre entrevistador y entrevistado, el entrevistador, en este caso la enfermera, debe desarrollar algunas habilidades y estrategias. De estas habilidades dependerá la fiabilidad de la información recibida.

El objetivo principal de la comunicación con el paciente durante la entrevista será que el receptor (en este caso, el paciente), entienda el mensaje. El mensaje transmitido siempre será fácilmente comprensible, y la enfermera se asegurará del grado de capacidad del paciente para comprenderlo, haciendo uso del lenguaje adecuado para ello (8).

Según la asociación española de enfermería en Urología (18), la comunicación terapéutica es la negociación entre el enfermero y el paciente que tiene como objetivo el proceso de curación del paciente. Muchos problemas tienen origen en la falta de la misma comunicación, que conlleva una demora en la recuperación del paciente. En la comunicación hay que considerar tanto la comunicación verbal como no verbal, es decir, lo que expresa con palabras tanto como lo que transmite con sus gestos. El trato individualizado y de confianza hacia los pacientes hace que disminuya la ansiedad y temor que sufren muchos de ellos debido al ingreso. “Nunca hay dos personas iguales ante la misma enfermedad”.

Asimismo, es importante también dejar hablar al paciente, sin interrumpirlo, para ayudarlo a ser y sentirse parte del problema y de la solución de su problema de salud.

Hay tres modelos de relación con el paciente para el profesional sanitario:

1. Modelo autoritario: No se cuenta con el paciente para nada, las decisiones son por criterio propio del entrevistador y recursos de la enfermera.
2. Modelo paternalista: Se pacta con el paciente la forma de llevar a cabo su ingreso o problema de salud, pero tomando una actitud sobreprotectora hacia él.

3. Modelo empático: Se presta asistencia y apoyo al paciente, pero siempre haciéndole ver que puede solucionarlo el solo. La enfermera será la guía y consejera (18).

Queda patente que el modelo empático es el acertado, pues la enfermería busca apoyar y dar educación sanitaria para que la sociedad sea autosuficiente en cuanto a cubrir sus necesidades. Las piezas clave para una comunicación eficaz parecen ser:

- No dar nada por supuesto.
- Mostrar empatía.
- Dejar expresarse al paciente.
- Dar importancia a lo que cuenta el paciente, hacerle saber la preocupación por la situación y que se prestará ayuda.
- Utilizar un lenguaje claro y preciso para la participación.
- Actitud positiva y escucha activa, asertiva.

La Asociación Española de Enfermería en Urología (18) remarca que si los estudiantes comenzasen a entrenar en la comunicación terapéutica desde el principio, la enfermera llegaría a su puesto de trabajo desde el primer día con un grado de empatía y seguridad que, en el día a día aportarían al paciente un estado de bienestar debido a la comunicación enfermera-paciente. Todo ello, habiendo entrenado habilidades como autodescubrimiento, comprensión, consideración, respeto, observación y escucha activa.

Un estudio de la revista de “Enfermería global” llevado a cabo por Estepa, Granados y Barroso (17), también pretende concienciar sobre la importancia del entrenamiento para realizar una buena entrevista clínica. Menciona que los conocimientos y las habilidades que se desarrollan y se adquieren son las que dan las pautas sobre qué información recoger y cómo hacerlo.

Gil (15), añade que practicar las habilidades de entrevista clínica siendo grabadas y después analizadas ha resultado muy útil para sacar en claro las oportunidades de la enfermería con la entrevista clínica en la valoración. Afirman que en una entrevista de entre 7-12 minutos se recoge la información suficiente para una valoración holística e integral.

Así pues, queda bastante claro que el entrenamiento de habilidades de comunicación es realmente importante para valorar el estado de salud de otra persona. Para valorar se necesitan unos datos, y para obtener datos el paciente debe confiar en el profesional y poner a su disposición la información que hará posible llevar a cabo un plan de cuidados individualizado y eficiente.

TÉCNICAS DE ENTREVISTA:

La técnica más empleada en la entrevista enfermera es la comunicación verbal, por lo que la relación con el anterior apartado es muy estrecha.

Normalmente se comienza por preguntas abiertas y generales para percibir, valorar y conocer los diagnósticos correctos. Las preguntas poco a poco tienden a ser cerradas y focalizarse en concretar la información necesaria. Siempre se deben evitar los juicios, pues en ocasiones pueden dar pie a algunas suposiciones erróneas(8). También es conveniente evitar preguntas que condicionen la respuesta, por ejemplo: “No comes mucho dulce, ¿no?”.

Las técnicas no verbales son también muy importantes para forjar una confianza mutua entre profesional y paciente. Se respetarán los silencios y el tiempo que tome el paciente para proyectar el mensaje que quiera emitir. En ocasiones con las técnicas no verbales, los mensajes se transmiten de forma más eficaz, por ejemplo, con gestos corporales o faciales, la escucha activa, etc. A veces no se logra concordar el mensaje verbal con el no verbal, pues el paciente puede estar relatando un hecho que contradice con sus gestos o formas no verbales (8). Según el segundo estudio de Rubio (11), se estima que el 80% de lo que se percibe en una entrevista se hace a través de la comunicación no verbal, pues se contextualiza el dato recibido.

Un estudio sobre la entrevista enfermera (15), asegura que las preguntas cerradas cortan la comunicación y puede traducirse en algunos sesgos en la información recibida. En cambio, las preguntas abiertas y la comunicación no verbal generan un estado de confianza y seguridad para el entrevistado.

Lo anterior se resumiría en la importancia de la escucha activa. Escuchar activamente es un proceso dinámico y laborioso donde participan todos los sentidos del ser humano ya que no solo se habla con palabras (19). Se trata de escuchar no solo lo que se dice, sino cómo se dice, observando todos los elementos no verbales también.

TIPOS DE ENTREVISTA

Existen muchos tipos de entrevista basándose en diferentes matices, pero, en cuanto a la estructura existen tres: la entrevista estructurada, la entrevista semiestructurada y la entrevista no estructurada. La estructurada es inflexible y planteada desde antes de encontrarse con el entrevistado. La no estructurada no tiene una estructura como tal, sino unas líneas generales que dirigen un poco el rumbo del dialogo.

La más utilizada y de la que más se habla en artículos sobre la comunicación es la semiestructurada, puesto que tiene un guion a seguir, pero con cierto punto de flexibilidad donde pueden introducirse preguntas espontaneas a lo largo del dialogo con el paciente. Se divide en una fase exploratoria y otra resolutive (16):

- Fase exploratoria: El entrevistador empáticamente facilitara la comunicación y el relato del entrevistado.
 - Es el primer contacto con el paciente y/o familia.
 - Demarca la causa de la consulta.
 - Se obtienen los datos para conocer la raíz del problema.
 - Se integra el entorno familiar social y laboral en la entrevista.
- Fase resolutive: se compone de dos etapas.

- Fase informativa: El profesional sanitario toma parte y se basa en técnicas e información de ayuda para el paciente.
- Fase negociadora: Se fundamenta en una fase participativa del entrevistador y entrevistado donde se dialoga y se intercambian ideas para llegar a un acuerdo.

Finalmente, la entrevista se da por terminada y se da el cierre. Aunque no se conozca como una fase más en el proceso, llega a tener su importancia. Se informará al paciente sobre la probable evolución de su proceso y se realizarán las aclaraciones de última hora, como por ejemplo la próxima visita (16). Siempre se dará a entender que no dude en volver si percibe algo fuera de lo normal dentro de su curso.

OBTENCIÓN DE DATOS MEDIANTE HISTORIA CLÍNICA

Durante mucho tiempo el trabajo de enfermería ha estado oculta, en parte por la falta de la historia clínica enfermera. La pobreza en registros de enfermería ha hecho que durante muchos años los cuidados pasasen desapercibidos, puesto que, lo que no se registra no se ha realizado. La falta de historia clínica ha dificultado el seguimiento de los cuidados entre enfermeras. Además, sin un registro de resultados no se han podido medir ni evaluar los resultados de sus cuidados, sin aportar independencia ni seguridad (20).

La historia clínica es un documento confidencial donde el personal sanitario puede extraer cantidad de información como guía de conocimientos sobre el paciente, aparte de ser útil para otras muchas cosas. Es una recolección de datos interesante para el estudio de enfermería basado en la evidencia/ciencia. Además, trasciende en su relevancia en la fase de valoración del proceso enfermero, pues permite la obtención y el análisis de datos para las necesidades del cuidado del paciente. El contenido que se encontrara en la historia clínica es variado; resúmenes de exámenes clínicos, resultados de pruebas complementarias, evoluciones de ingreso, medicación habitual, patologías previas, alergias, planes de cuidados anteriores, etc (21).

Una enfermera debe analizar cuáles han sido las últimas intervenciones clínicas realizadas con el paciente, procesos anteriores, medicación habitual, y mucha más información útil en la que se podrán basar muchos de los diagnósticos en los que se intervenga. A veces no se toma el esfuerzo de realizar una lectura de la historia clínica del paciente y se espera a que éste dé los datos. Nunca se puede asegurar que el paciente dé todos los datos necesarios, en cambio, en la historia clínica probablemente se encontraran los datos relevantes o generales para poder guiar la atención al paciente. Asimismo, el uso de la historia clínica profesionaliza los cuidados enfermeros.

OBTENCIÓN DE DATOS MEDIANTE EXPLORACIÓN FÍSICA

Hay cuatro maneras de obtener datos mediante exploración física (8):

La inspección es el examen que se realiza solamente observando con la vista. Puede iniciarse con un examen global valorando estado general físico, índice de masa corporal, grado de conciencia, lesiones en piel, etc. Después se puede comenzar con una inspección más meticulosa por regiones.

En cambio, la palpación es el examen que permite la exploración de cavidades o regiones dentro de la piel que se realiza empleando el sentido del tacto. Se tratará de mantener relajado al paciente evitando molestarlo. Existen dos tipos de palpación; unimanual y bimanual.

Asimismo, la percusión es el examen que permite obtener datos sobre órganos que contienen aire mediante audición (tórax y abdomen). Ayuda a diagnosticar cualquier alteración dependiendo del tipo de sonido que se perciba.

Por último, la auscultación consiste en el examen de los ruidos que producen los órganos mediante audición. Esta técnica es conocida por el fonendoscopio que se utiliza para auscultación cardiaca, respiratoria y ruidos peristálticos.

2.4.2.- VALIDACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS RECOGIDOS

INTERPRETACIÓN DE DATOS

Hay mucha variabilidad en el tipo información que se recoge en el examen clínico. Antes de analizarlos e interpretarlos, es conveniente distinguirlos entre ellos para poder manejarlos y analizarlos a la hora de realizar diagnósticos enfermeros partiendo de los datos obtenidos.

Hay dos tipos de datos que pueden recoger las enfermeras (8):

- Datos objetivos o signos: son recogidos a través de la observación profesional o a través de instrumentos de medida. Han podido ser objetivados por el profesional sanitario.
- Datos subjetivos o síntomas: son recogidos a través de apreciaciones subjetivas del paciente que no pueden objetivarse.

Muchas veces se debe de ser consciente de que las respuestas del paciente poseen cierta subjetividad que impide conocer la realidad al cien por cien. A veces se teñirán las respuestas de pequeñas mentiras por miedo a ser juzgados, por ello se debe recibir información con todos los sentidos.

Por otro lado, es conveniente diferenciar la fuente de información de dichos datos. Hay dos tipos de fuente (8):

- Fuente directa o primaria: información recogida directamente del paciente, desde el objeto a estudio. Si se analiza o valora la salud familiar o comunitaria, la familia o comunidad también resultaría ser fuente primaria.

- Fuente indirecta o secundaria: información recogida por los familiares del paciente, el equipo sanitario, etc.

La enfermera debería de tratar de ser totalmente objetiva en la valoración para que los datos incluyan el menor sesgo posible y que sean fiables. No se incluirán como datos obtenidos percepciones personales del profesional que realice la valoración, y en el caso de incluirlo, se debería de aclarar que trata sobre un juicio personal (11).

VALIDACIÓN DE DATOS

Validar significa cerciorarse de que algo es correcto. En este caso, validar los datos recibidos significa algo importante pues de estos datos nace la base de los cuidados que serán empleados en el paciente.

En esta fase avanzada de la valoración hay labores que debe realizar la enfermera para asegurar que los datos no se basan en suposiciones y términos errados (8):

- Asegurar que los datos son totales.
- Garantizar la coherencia de la información recibida.
- Adquirir información complementaria para poder basar los juicios en más de un dato.
- Distinguir datos con inferencias (curiosidades).
- Obviar conclusiones.

El fin de la validación de los datos es certificar que la información obtenida es totalmente fiable, objetiva e íntegra. Esta fase está estrechamente ligada con el pensamiento crítico durante la entrevista.

ORGANIZACIÓN DE DATOS POR MODELOS CONCEPTUALES O TEORIAS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Es esencial aplicar un cuadro o marco teórico como enfermera para medir la calidad de los cuidados y facilitar el empleo de un lenguaje común o estándar de la enfermería (8). La valoración es más completa y tiene más significado si se realiza basándose en un modelo enfermero (15).

La fase de la valoración es importante porque terminará con unos diagnósticos de enfermería que dirigirán el quehacer o las intervenciones de las enfermeras. Por ello, se realizará una valoración completa e integral procedente de las herramientas utilizadas, que deben ser coherentes con el modelo enfermero y elegidos para su realización. La utilización de un modelo o teoría facilitará la recogida y organización de la información recogida por el profesional. Para la introducción de esta sección la enfermera se apoyaría en un esquema de valoración utilizado en el contexto, como podría ser el cuestionario por patrones de Marjory Gordon, para recoger la información de forma

ordenada. La forma adecuada de ejecutar este apartado se basa en estructurar la información en los pertinentes apartados del cuadro o modelo empleados. Los datos reflejados en el esquema serán los datos inusuales de la valoración, y de su análisis nacerán los juicios diagnósticos (22).

Según Ruymán, (13) eran muchos los marcos conceptuales existentes y “se hacía patente la falta de unanimidad para el uso de uno solo”. Marjory Gordon diseñó una estructura para la valoración enfermera, donde estableció cuales eran los aspectos que había que recoger en una valoración integral enfocada a la práctica, pues decía que la variedad de los modelos enfermeros no impediría la uniformidad o estandarización de una estructura de valoración. Esta estructura fue llamada “La valoración por patrones funcionales de la salud”. Gordon esclareció que lo necesario para una buena y correcta práctica, para la educación de la salud y para la investigación, era la agrupación a un nivel preciso de recogida de información y, como propone la ANA, un lenguaje común. Después podrían aplicarse a los conceptos más básicos y a las intervenciones.

Estos patrones definidos podrían valorar la salud individual del paciente, de la familia, o de la sociedad, ya que están diseñados también para ello. Facilitan el camino hacia el diagnóstico enfermero, pues los trece dominios de la taxonomía NANDA fueron adaptados desde los once patrones funcionales de salud (13).

Tabla 8. Aspectos recogidos en la valoración por patrones.

1. Percepción - Control de la salud
<ul style="list-style-type: none"> • Salud y bienestar que perciba el paciente sobre su propia situación. • El manejo de su salud. <ul style="list-style-type: none"> ○ Seguimiento del tratamiento. ○ Alergias. • Hábitos tóxicos, etc.
2. Nutricional – Metabólico
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación y consumo de líquidos en cuanto a las necesidades metabólicas del cuerpo humano. • Dificultades a la hora de masticar, tragar, etc. • Apetito. • Estado de piel, edemas, úlceras, cicatrización, etc.

3. Eliminación
<ul style="list-style-type: none">• Funcionamiento excretor.<ul style="list-style-type: none">○ Intestino.○ Vejiga.○ Piel.
4. Actividad – Ejercicio
<ul style="list-style-type: none">• Independencia en habilidades básicas o instrumentales de la vida diaria.• Ejercicio que realice el paciente, actividades y ocio.• Movilidad.• Caídas.• Barreras arquitectónicas, etc.
5. Sueño – Descanso
<ul style="list-style-type: none">• Calidad de descanso y relajación.• Nivel de energía diurna.• Ayudas para dormir, etc.
6. Cognitivo – Perceptivo
<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad, percepción y cognición.• Nivel de estudios.• Alteraciones sensoriales.• Memoria.• Niveles de dolor, percepción de dolor, etc.
7. Autocontrol – Autoconcepto
<ul style="list-style-type: none">• Concepto de sí mismo en el paciente y su percepción del estado de ánimo.• Actitudes hacia el mismo.• Ansiedad, temor, autoestima.

8. Rol – Relaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de rol y relaciones. • Rol en familia, grupo de amigos, trabajo. • Integración en la comunidad.
9. Sexualidad – Reproducción
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción sexual. • Estado de patrón reproductivo. <ul style="list-style-type: none"> ○ Anticoncepción, abortos, ciclos menstruales, embarazos, etc.
10. Adaptación – Tolerancia al estrés
<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia al estrés y afrontamiento general a situaciones. • Cambios importantes en los últimos años. • Manejo de situaciones complicadas. • Autolesiones, situaciones de violencia, malos tratos, etc.
11. Valores – Creencias
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos que guían las decisiones del paciente, se incluyen los valores y creencias espirituales. • Planes de futuro.

Fuente: elaboración propia

Para valorar un patrón se compararán los datos recogidos en la entrevista con el individuo, las normas establecidas para las características del paciente (grupo de edad, por ejemplo), y normas sociales o culturales. Una vez valorado el paciente, familia o sociedad, realizando un abordaje integral y biopsicosocial, los patrones disfuncionales serán los descritos como diagnósticos enfermeros. Es importante tener en cuenta que en la valoración solamente se incluirá la información que se haya obtenido mediante la entrevista clínica, el examen físico, la observación, la revisión de la historia clínica y la información recaudada por la cooperación con otros profesionales sanitarios (13).

Siempre se descartarán los juicios, intromisiones o tareas que competen a otras secciones del caso clínico individual del paciente (22).

3.- LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL TRABAJO

Han sido algunas las limitaciones que se han encontrado a la hora de realizar este Trabajo Fin de Grado. Principalmente y debida a la situación que ha existido por la pandemia debida al Covid-19 se han visto afectadas las tutorías pendientes con el tutor responsable a este trabajo. La comunicación ha tenido que ser vía telemática y menor de lo que hubiera sido óptimo. El tiempo también ha sido un factor importante para no poder ampliar más el trabajo tanto como me gustaría. Con más tiempo disponible las búsquedas pueden realizarse más exactas para un desarrollo extenso y de calidad. Asimismo, el criterio aplicado de “texto libre” ha sido una gran limitación. En muchas de las búsquedas realizadas se han encontrado artículos, libros y guías que hubiesen sido los idóneos para este trabajo, pero eran de pago por lo que han sido desechados. Los artículos seleccionados han sido los que estaban disponibles gratuitamente.

Por otro lado, se han encontrado muchos artículos relacionados con la valoración enfermera, pero la mayoría trataban sobre problemas de salud o patologías en vez de tratar sobre la teoría de la valoración enfermera como tal. Se ha tenido que buscar bibliografía más general sobre el PE, más específica sobre entrevista clínica, y desde ahí buscar información sobre dicha fase. Es por ello por lo que la metodología ha sido difícil de seguir.

Por otro lado, las fortalezas que se han encontrado en la realización de este trabajo son varias. Por una parte, la cantidad de literatura sobre la historia y el proceso enfermero que ha servido de gran ayuda pues la fase de valoración se encuentra dentro de este proceso tan investigado. Otra fortaleza encontrada ha sido la plataforma de base de datos “Dialnet” que facilita la Universidad de La Rioja con miles de artículos científicos gratuitos. Ha facilitado mucho el proceso de la búsqueda de información. Aparte de esta base de datos, hoy en día se encuentran otras muchas que permiten buscar artículos o libros de forma avanzada y facilitada.

Aunque algunos criterios de exclusión como el “texto libre” han sido limitadores, algunos otros como “materia: ciencias de salud” o “submateria: enfermería” han acotado muchísimo el trabajo de búsqueda de artículos científicos y han sido fortalecedores. De forma personal otra fortaleza puede haber sido la curiosidad y la perseverancia en cuanto a lo que se realizaba a cada momento.

4.- CONCLUSIONES

- La lucha enfermera para profesionalizar los cuidados y buscar una independencia en sus competencias ha funcionado y ha llegado a conseguir parte de lo que se puede lograr tras mucha investigación, trabajo y dedicación. Se han logrado teorías basadas en evidencias que sustentan las intervenciones enfermeras como actos científicos y profesionales que han demostrado ser.
- Es clara la importancia del proceso enfermero como herramienta para estructurar y organizar el trabajo de la enfermería, y como base de este proceso, la valoración, que principalmente es la base de todas las fases de este proceso. La valoración pretende, a partir de un proceso planificado, metódico, estructurado e intencionado, recoger información e interpretarla para determinar el estado de salud y las respuestas humanas a esta. Cabe destacar que, además, la valoración no solo sirve para valorar a una sola persona, sino también a una familia, o a la sociedad entera. Asimismo, no solo valora la situación de una enfermedad, también los riesgos de todos los aspectos que repercutan en el bienestar integral de la persona, familia o sociedad.
- Es destacable y concluyente la división de esta fase en dos ciclos; la recogida de datos y la organización de datos.
 - Se puede observar que la recogida de datos puede realizarse mediante distintas herramientas, pero en general las más empleadas y eficaces destacadas en este trabajo son:
 - Entrevista clínica basada en una escucha activa y una buena comunicación terapéutica.
 - Revisión de la historia clínica anterior para conocer hechos anteriores y guiar los posteriores (información clínica de todo tipo que sirva para conocer los problemas de salud reales o potenciales).
 - Exploración física.
 - En cambio, al revisar la organización de datos, se ha comprobado que puede realizarse basándose en diferentes modelos o teorías de enfermería. Se han estudiado e investigado muchas maneras de dar con valoraciones enfermeras eficaces con distintos modelos enfermeros creados durante años. Parece ser que los más comunes y los más destacables después de esta revisión bibliográfica son: Los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y la Teoría del Déficit de autocuidados de Dorothea Orem.
- Se dispone de incontables herramientas para la valoración del estado de salud de los pacientes, algunas más técnicas que otras. En cambio, dentro del análisis expuesto se ha demostrado que la base de toda valoración es la comunicación y la escucha activa durante la entrevista o conversación con el paciente. Lo primordial es que el paciente perciba una sensación de seguridad en manos de

la enfermería, para así poder obtener datos completos y reales de una fuente primaria.

- Como consecuencia de lo expuesto, se realza la importancia de una valoración completa por los Patrones Funcionales de Salud. Se demuestra que es la parte más importante del proceso enfermero y de un buen plan de cuidados, pues de los problemas de salud detectados en esta fase irán encadenadas todas las demás fases del proceso enfermero que enriquecen y profesionalizan las intervenciones y cuidados de la enfermería. En el **anexo 2** se encuentra una valoración integral de un caso clínico, objetiva, organizada y basada en la evidencia.

5.- IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras examinar los resultados obtenidos, puede decirse que la valoración es aplicable, y se aplica, en el contexto actual de la actuación sanitaria de la enfermería. El modelo metódico del proceso enfermero desarrollado ha demostrado que la profesionalización de los cuidados es posible si se lleva a cabo con una metodología y una base científica a seguir. Influye en la realización de las intervenciones enfermeras de manera que se apliquen con toda seguridad para el paciente tanto como para el trabajo de la enfermera. Además, optimiza el tiempo de atención clínica pues facilita los pasos a seguir, aunque sigue siendo flexible para las circunstancias de cada paciente.

Dados los numerosos estudios, teorías enfermeras y modelos de valoración, ha quedado demostrado que la implicación práctica pasada, presente y futura no hace más que prosperar en el futuro de esta profesión que comenzó partiendo desde unos cuidados brindados por puro instinto humano.

La implicación práctica de la valoración y su utilidad es toda. No hay enfermera que actúe debidamente sin antes valorar el estado biopsicosocial del paciente, esto significaría brindar unos cuidados impersonalizados, sin base científica y nula seguridad para el paciente. Este trabajo puede servir como punto de partida para las personas que desconozcan el proceso y la disposición de la metodología enfermera hoy en día para valorar el estado de salud de las personas de manera teórica y práctica.

Cualquier trabajo que se desarrolle con empeño aporta nuevos puntos de vista y nuevas preguntas sobre el tema tratado durante tanto tiempo. En este apartado puedo presentar algunas líneas de investigación para el futuro que puedan servir de interés.

- Podría ser investigada la historia de la valoración enfermera como tal, siendo de interés el principio y el desarrollo de este hasta hoy en día.
- Otra línea de investigación puede consistir en el desarrollo personal de un nuevo modelo o marco de valoración considerado más completo.

- Otra posible línea de trabajo puede ser el desarrollar una investigación sobre el fin de la valoración en los sistemas sanitarios de provincias, incluso el país.
- También puede ser interesante desarrollar un estudio por encuestas a hospitales o centros de salud recogiendo datos sobre el modelo enfermero utilizado en cada provincia, y conseguir un resultado por provincias.

Aparte de lo comentado, me parece posible una mayor productividad en el empleo de la valoración enfermera, pues así se abarcarán la máxima variabilidad de aspectos recogidos al valorar cada vez, de forma que, la enfermería brindaría cuidados cada vez más precisos y exactos a cada circunstancia.

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Peláez LP. Los modelos de enfermería. *Investig y Educ en enfermería*. 1991;9(1):63-73.
2. González Gil T. Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2005;(17):33-40.
3. Núñez del Castillo M, González, Siles J. Evolución de los Cuidados Enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Revista de enfermería y humanidades*. 2014;33-42.
4. de Taborda AR, Stella MF de S. Proceso de atención de enfermería. *Investigacion y educacion en enfermería*. *Investig y Educ en enfermería* [Internet]. 1999;17(2):79-93. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331980>
5. Fergusson EM. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*. 2005;5(1):44-55.
6. González Sara SH, Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. Tools for teaching nurses in clinical teaching with the focus on Nanda-Nic-Noc. *Enfermería Glob* [Internet]. 2011;89-95. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/docencia1.pdf>
7. Miranda-limachi KE, Rodríguez-núñez Y. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Univ*. 2019;16(4):374-89.
8. Gallego Lastra R del, Diz Gómez J, López Romero MA. METODOLOGÍA ENFERMERA; Lenguajes estandarizados [Internet]. 2015. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35200/1/Libro Metodología Ed1.pdf>
9. Rubio, Sevilla JC. Papel de enfermería en el juicio clínico: La valoración y el diagnóstico. *Enfermería en Cardiol Rev científica e Inf la Asoc Española Enfermería en Cardiol*. 2014;1(62):25-31.
10. Feal N, Maseda E, Martín M, Pastor A, Cao M. Nursing intervention on the family system: assessment. *Cult los Cuid* [Internet]. 2005;9(17):74-81. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106539566&site=ehost-live>
11. Rubio Sevilla JC. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). *Enfermería en Cardiol Rev científica e Inf la Asoc Española Enfermería en Cardiol* [Internet]. 2016;23(69):30-9. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf
12. Rivas Acuña V. Estrategias para la aplicación del proceso enfermero y su impacto en la calidad de atención. *Horiz Sanit*. 2014;7(2):13.

13. Ruymán P. El Proceso Enfermero en Atención Primaria. ENE Rev Enfermería. 2007;(1):17-26.
14. Luna JR, Concha PJ, Merino Escobar JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teorico como base de la valoracion de enfermeria. Cienc y Enferm. 2007;13(1):45-57.
15. Gil García E, Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Un guión de entrevista de valoración inicial mediante un proceso de acción participativa. Index de Enfermería [Internet]. 2007 [citado 10 de abril de 2020];16(57):09-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. An sist sanit Navar. 2001;24:15-22.
17. Osuna E, Matute G, Vázquez B. Importancia Del Entrenamiento Para La Entrevista Clínica De Valoración Inicial: Aspectos Relevantes. Enfermería Glob. 2008;7(3):1-5.
18. Solar Gutierrez C, Calderón Campello RJ, Merino Cantero EM, Durán Llave F, Velázquez Fernandez AJ, Pozo Guerrero S. Comunicación terapéutica enfermero-paciente. Asoc ESPAÑOLA ENFERMERÍA EN Urol. 2015;(129):2. 31-32.
19. García S, Antonio J, Ruiz A, Baños JC, Lázaro IM, Ángel J, et al. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Glob [Internet]. 2014;34:276-92. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion4.pdf>
20. Chica Fernández M, Costa Ruiz A, Rodríguez Villagordo M, Sanchez Salmerón A, Torres Gómez J. Informe alta enfermería: historia clínica integral. Soc Española Urol ENFURO. 2012;122(1625):19-24.
21. Hernández-López GI. Historia clínica de enfermería: un instrumento de aprendizaje y mucho más. Rev Cuid. 2011;2(1):102-4.
22. Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M, Montoya Juárez R, Bonill de las Nieves C, Schmidt Río-Del Valle J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. Index de Enfermería [Internet]. junio de 2011 [citado 16 de abril de 2020];20(1-2):111-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Heras M, Saiz A, Sánchez R, Fernández-Reyes MJ, Molina A, Rodríguez MA. Otro paciente más con historia natural de nefropatía diabética: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos para evitarla? Nefrol [Internet]. 2011 [citado 2 de mayo de 2020];31(1):108-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952011000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de trabajo.

Tabla 9. Cronograma del trabajo.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Resumen					x
Palabras clave		x			
Introducción		x	x		
Objetivos	x				
Metodología		x	x		
Resultados			x	x	
Conclusiones					x
Bibliografía		x	x	x	x

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2: CASO CLÍNICO: Valoración por patrones.

Tabla 10. Caso clínico.

MOTIVO DE URGENCIA	DIAGNÓSTICO MÉDICO Y PLAN
<p>-Varón de 74 años acude a urgencias con su mujer.</p> <p>-Refiere: pérdida de apetito, extremidades significativamente edematosas, nicturia con orina espumosa y cefaleas considerablemente fuertes últimamente (23).</p> <p>Además, refiere sufrir insomnio debido a los nervios que tiene.</p>	<p>El médico diagnostica una nefropatía diabética una complicación diabética por glucemias elevadas durante tiempo (mal control glucémico) (23).</p> <p>Se decide el ingreso en la planta de endocrinología para estabilizar la complicación, ajustar el tratamiento y el comienzo de educación sanitaria”.</p>

Fuente: elaboración propia.

Este es el paciente con el que nos encontramos cuando llega a la planta, con sus síntomas referentes y sus problemas de salud que expresa a la enfermería. Es obvio que sin ninguna otra información es difícil poder dirigir la atención clínica, por lo que lo primero que se debe hacer es obtener más información sobre el paciente. Para que esta información sea contextualizada y entendible, la enfermera basará sus conocimientos en la recopilación del estado de salud del paciente en la historia clínica anterior, que esclarecerá mucha de la información que se reciba.

En la **historia clínica** se encuentran muchos tipos de datos como: datos sociodemográficos, antecedentes patológicos, alergias, intervenciones previas, ingresos anteriores, tratamiento diario, etc. En este caso, estos son los datos con los que nos encontramos en su historia clínica:

- Datos sociodemográficos: Casado y con hijos, buena relación familiar. Su mujer es su punto de apoyo. Es fumador habitual de un paquete de cigarrillos al día. No presta mucha atención a sus patologías desde sus diagnósticos, a veces falta a consultas de atención primaria.
- Antecedentes patológicos: Diagnosticado de: DM tipo 2, HTA, hipercolesterolemia y sobrepeso. Sufre insomnio ocasional.
- Intervenciones quirúrgicas anteriores: Reparación de hernia inguinal en 2013. Amigdalectomía en la infancia.
- Alergias: Excepto alergia conocida a amoxicilina clavulánico, NAMC. No alergias no medicamentosas conocidas.
- Ingresos anteriores: 2013 Hernia inguinal. 2017 Neumonía bilateral tratada con éxito.
- Tratamiento habitual:
 - Medicamentoso:

- Valsartan 80mg (1-0-0-0)
- Atorvastatina 40 mg (0-0-0-1)
- Zolpidem 10mg (Si precisa por insomnio)
- 20 U.I lenta diaria por la mañana
- Insulina rápida según la pauta a seguir por control glucémico previo a comidas
- No medicamentoso:
 - Ejercicio diario moderado
 - Dieta equilibrada personalizada

Con estos datos recogidos en la historia clínica, se entiende el contexto de los problemas de salud de este paciente para el ingreso. Una vez revisada la historia clínica, se dispone de cuantiosa información para el comienzo de una valoración integral y un buen plan de cuidados individualizado. Se aprovechará el momento del para realizar **la entrevista clínica**. Se escucharán las preocupaciones del paciente activamente y también se validarán los datos obtenidos en la revisión de la historia clínica mediante preguntas preferiblemente abiertas, las cuales resultan ciertas en este caso. En este caso el paciente confiesa durante la entrevista que le falta fuerza de voluntad para seguir el tratamiento no medicamentoso ordenado desde su diagnóstico por cansancio (ejercicio físico y dieta), además acepta que no es muy constante con los controles glucémicos previos a comidas, pues no los llega a entender del todo. Se reafirma en su dificultad para conciliar el sueño y mal descanso nocturno.

Mientras obtenemos información verbal durante la entrevista, de forma inconsciente se realizará una **exploración física** (estado físico, apariencia general, lesiones de piel, etc). También se procederá a explorar por regiones, donde se aprecian y se comprueban las extremidades inferiores significativamente edematosas.

Cuando la enfermera considere que tiene la información relevante, objetiva, exenta de juicios personales y ciertamente validada, optará por organizar estos datos por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. En cada caso, se organizarán los datos por patrones que se encuentren alterados solamente.

Tabla 11. Caso clínico: Valoración por patrones.

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

- Este paciente todavía no es consecuente con los problemas de salud que sufre: no sigue tratamiento no medicamentoso ordenado profesionalmente.
- No ha recibido educación sanitaria suficiente para un buen control de glucemias.
- Fumador de 1 paquete de cigarrillos al día.

Patrón 2: Nutricional – metabólico

- No sigue pautas en cuanto a la dieta beneficiosa para él.
- Sufre de sobrepeso.
- Comenta pérdida de apetito desde la complicación diabética.

Patrón 3: Eliminación

- Nicturia (necesidad de orinar más frecuente de lo normal por las noches).
- Orina con apariencia espumosa en orina desde complicación diabética.

Patrón 4: Actividad – ejercicio

- No sigue pautas en cuanto al ejercicio beneficioso para él.
- Sufre de cansancio diario.

Patrón 5: Sueño – descanso

- Refiere insomnio que no está eficazmente tratado.
- No existe calidad de sueño ni descanso.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

- Le cuesta adaptarse a nuevas realidades.
- Sufre de nerviosismo habitualmente, no tolera del todo bien cambios o estrés.

Fuente: elaboración propia.

En término, estos patrones habrán sido valorados y establecidos como alterados comparándolos con los datos imaginarios que serían frecuentes en una persona sana de sus circunstancias (edad, sexo, etc). De estos patrones valorados nacerán los diagnósticos de enfermería en los que la profesional del cuidado decidirá intervenir.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**